

救急医療情報キット配付申請書兼受領書

豊島区長

令和 年 月 日

来所者氏名

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

救急医療情報キットの配付について、下記のとおり申請し、受領しました。

申請者 (対象者)	住所 豊島区 丁目 番 号 方・荘 電話 ()
	フリガナ 氏名 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

豊島区長

同意書

本申請書に記載された情報は、利用状況の確認、救急時の対応のため、消防署、医療機関、医師会、薬剤師会、民生委員児童委員及び高齢者総合相談センターへ提供されることに同意します。

令和 年 月 日

申請者署名

処理欄(以下は記入しないでください)

受付印

受付日	令 / /
決定日	令 / /
配付	新規・再発行

区	高齢者総合相談センター		
入力	確認	受付	配付
			新規
			再発行